چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت: بستری برای اجرای برنامههای ارتقای سلامت

دکترسیدرضامجدزاده: * دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران انسیه جمشیدی: کارشناس، پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران دکتر صدف قاجاریه سپانلو: کارشناس، پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران مهندس عباس وفایی زنوز: معاون طرح و هماهنگی، شهرداری منطقه ۱۷ تهران خندان شاهنده: کارشناس، پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران دکتر سید حمید کمالی: پزشک، مرکز بهداشت جنوب، معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران دکتر محمد جواد محسنی: پزشک، مرکز بهداشت جنوب، معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران دکتر محمدرضا عفت پناه: دستیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران دکتر علیرضا زرین آرا: کارشناس، اداره پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران دکتر باقر لاریجانی: استاد، گروه غدد درون ریز و متابولیسم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش سال چهارم شماره دوم بهار ۱۳۸۴ صص ۸۹–۸۱ تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۳/۹/۳

چکیدہ

اکنون چندین سال از تأسیس و فعالیت پایگاههای تحقیقات جمعیت در سراسر کشور می گذرد و طی این مدت، پایگاهها در حیطه عصل به موفقیتهایی دست یافتهاند. با این حال پیش زمینه نظری این فعالیتها به بحث و بررسی بیشتری نیاز دارد. همچنین، چهارچوب نظری که پایگاههای هریک از دانشگاههای علوم پزشکی برای فعالیتهای خود اتخاذ کردهاند، به دقت تبیین نشده و یا به دیگران به درستی انتقال پیدا نکرده است. رسالت این پایگاهها « ارتقای مهارتهای مردم، دانشگاه و سایر نهادهای مدنی در جهت توسعه انسانی از طریق مشارکت همه جانبه در ارتقای سلامت» است. لذا بهنظر می رسد مناسب است شیوههای عملی در گیر شدن این پایگاهها در برنامههای ارتقای سلامت در چهارچوب منظمی ارایه گردد. پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی، ضرورت وجود یک چهارچوب نظری را برای جهت علوم پزشکی تهران نیز همگام با پایگاههای سایر دانشگاههای علوم پزشکی، ضرورت وجود یک چهارچوب نظری را برای جهت دادن به فعالیتها و دستاوردهای پایگاه و در نتیجه مستحکم کردن موقعیت آن بیش از پیش درک کرده است. این پایگاه، رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه (Planned Approach to Community Health-PATCH) را به عنوان چهارچوبی مناسب برای شکل دادن به فعالیتهای خود در جهت دستیابی به اهداف کلی و اختصاصی پایگاه در منطقه ۱۷ شهرداری تهران انتخاب برای شعی دارد نتایج عملی و دستاوردهای خود را در این رابطه به سایر پایگاهها انتقال دهد.

رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه از ۵ مرحله اجرایی تشکیل شده است: ۱) بسیج جامعه، ۲) ساماندهی اطلاعات و نیازسنجی، ۳) اولویت بندی مشکلات، ۴) طراحی برنامه جامع مداخله و ۵) ارزشیابی. در این گفتار، اجزا و مراحل رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت به تفصیل توضیح داده شده و نمونهای عملی از نحوه اجرای این فرآیند در قالب یکی از طرحهای تصویب شده در پایگاه تحقیقات جمعیت در دانشگاه علوم پزشکی تهران ارایه شده است. این طرح با عنوان « ارزیابی مداخله آموزشی با مشارکت مردم در ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی در پایگاه تحقیقات جمعیت ـ منطقه ۱۷» مثالی از طرحهای این پایگاه است که بر مبنای PATCH طراحی و اجرا شده است.

کلیدواژهها: چهارچوب نظری، پایگاه تحقیقات جمعیتی، ارتقای سلامت

E-mail: rezamajd@tums.ac.ir

^{*} نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی تلفن: ۸۸۹۶۶۹۵۸ نمایر: ۸۸۹۶۶۹۵۸

فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مقدمه

تحقیقات علوم تندرستی در سالهای اخیر ارتباط مواجهه عوامل خطر با بیماریها و تلاش در جهت کاستن بار آنها را به شدت مورد توجه قرار دادهاند. ولى اين رويكرد در عمل نقش قابل قبولی را در ارتقای سلامتی مردم در حیطه بیماریهای مهم (که بار قابل توجهی برای سلامتی دارند) همچون بیماریهای قلبی _ عروقی، سوانح و حوادث و ... ایفا نکردهاست[۱]. عوامل متعددی باعث میشوند تا نتیجه پژوهشها به راهبردهای اجرایی بهداشت و درمان منجر نشوند که بخشی از آنها عبارتند از:

مداخلههای لازم برای ارتقای سلامتی جامعه باید به صورت جامع تعریف شوند[۲].

موضوعهای پژوهشی در بسیاری از موارد بر مبنای نیازهای عيني جامعه انتخاب نمىشوند. دخيل نبودن ذىنفعان برنامههاى سلامتی (مردم به عنوان مشتری اصلی، ارایه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و سایر بخشهای درگیر در توسعه اقتصادی _اجتماعی) از یک سو باعث می شود تا امکان انتخاب با اهمیتترین موضوعهای پژوهشی کاهش یابد و از سویی دیگر تضمینی به استفاده از نتیجه پژوهشهای صورت گرفته وجود نداشته باشد[۳].

ریشه حل بسیاری از مشکلات تندرستی در گرو خرد، همت، مشارکت و تعهد گروهی است. طراحی مداخله برای ارتقای سلامتی (مانند کاهش استعمال دخانیات، استرس، ارتقای فعالیت بدنی و ...) بدون مشارکت و تعهد نهادهای مختلف توسعه از جمله آموزش و پرورش، شهرداری، تربیت بدنی و به ویژه خود مردم از ييش شكست خورده است.

یکی از پاسخهایی که نه تنها در ایران بلکه در بسیاری از کشورهای جهان مورد توجه قرار گرفته، انجام پژوهش در جمعیت های تعریف شده و به ویژه انجام پژوهشهای مشارکتی (Participatory Research) است[۴]

پژوهش مشارکتی به مفهوم برخورد منظم تحقیقاتی در جهت یافتن پاسخ مناسب برای معضلات اصلی جامعه با مشارکت افراد ذینفع، آموزش و ارایه مداخلههای مؤثر اجتماعی است. پس مى توان خصوصيات اين نوع تحقيق را به صورت زير فهرست نمود: ۱- پـ ژوهش مـشاركتى است و لـذا تحقـيق «بـا جامعـه » و نه «برروی جامعه » انجام می گیرد. ۲- ذینفعان مختلف در فرآیند

پـ ژوهش همکــار یکدیگر هستند. ۳- در حین این پژوهش، افراد از همدیگر آموزش می بینند. ۴- باعث توسعه نظامهای جاری و ظرفیتسازی منطقهای میشود. ۵- توانمندسازی افراد از دستاوردهای مهم میباشد. ۶- در نهایت به تعادل بین پژوهش و عمل گرایی منجر می گردد[۵].

ایده تأسیس « پایگاههای تحقیقات جمعیت » (Population Research Centers) در سال ۱۳۷۹ شکل گرفت و یک سال بعد، یعنی در اواسط سال ۱۳۸۰ به مرحله عمل درآمد. در حال حاضر بیش از ۲۵ پایگاه تحقیقات جمعیت در ۲۵ دانشگاه علوم پزشکی در سراسر کشور در راستای دستیابی به نیازهای مردم و جلب مشارکت مردم و دانشگاه برای حل مشکلات، توسعه همه جانبه به طور کلی و ارتقای سلامت به طور اختصاصی فعالیت دارند. هدف کلی از تشکیل پایگاهها را می توان در یک جمله خلاصه کرد: «ارتقای مهارتهای مردم، دانشگاه و سازمانهای دولتی در جهت توسعه انسانی از طریق مشارکت همه جانبه در ارتقای سلامت ». برای شروع شاید بهتر آن باشد که از مفاهیم و تعاريف أغاز كنيم.

ارتقای سلامت تعاریف متعددی دارد. سازمان بهداشت جهانی ارتقای سلامت را این گونه تعریف می کند: « فرآیندی برای تقویت مردم تا بر سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند و در بهبود سلامت خود بكوشند » [۶]. طبق تعريف ديگر «ارتقاي سلامت علم و هنر کمک به مردم است تا با تغییر سبک زندگی خود به سلامت مطلوب دست یابند » و سلامت مطلوب یعنی تعادل میان سلامت جسمانی، عاطفی، اجتماعی، روحی و فکری. تغییر سبک زندگی با مجموعه فعالیتهای زیر تحقق می یابد:

۱) بالابردن سطح آگاهی، ۲) تغییر رفتار و ۳) فراهم کردن محیطی برای تقویت رفتارهای صحیح بهداشتی[۷].

فرآیند ارتقای سلامت به هر ترتیب که تعریف شود، به چهارچوب و مدلی نیاز دارد تا فعالیتها مطابق با آن جهتگیری شود. یکی از مدلهای ارتقای سلامت، مدلی است که در دیار تمان ارتقای سلامت در وزارت بهداشت کانادا پیشنهاد شده اســـت[۷]. درايـــن مـــدل ارتقـــاي كيفـــيت (Practice Health Promotion-PHP) ســه ســؤال اساســي مطرح می شود:

يث

— سیدرضا مجدزاده و همکاران

چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت ...

۱ - ارتقای سلامت در چه زمینهای انجام می شود؟

ابعاد سلامت عبارتند از: وضعیت اقتصادی _ اجتماعی، شبکه تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، بهداشت محیط زندگی، بهداشت کار، بهداشت و مهارتهای فردی، بیولوژی و ژنتیک

۲- ارتقای سلامت برای چه کسانی انجام میشود؟
 سطوح عملکرد عبارتند از: فرد، خانواده، جمعیت و جامعه
 ۳- ارتقای سلامت چگونه انجام میشود؟

استراتژیهای ممکن برای ارتقای سلامت عبارتند از: بازبینی سیستم ارایه خدمات بهداشتی - درمانی، تقویت مهارتهای فردی، فراهم کردن محیط مناسب، سیاستگزاریهای مناسب برای بهداشت عمومی و تقویت عملکرد مردم

در مدل PHP بر این مهم نیز تأکید شده است که استراتژیهای ارتقای سلامت باید مبتنی بر شواهد باشد و مهمترین این شواهد خواستههای مردم و نیازهای آنان است که باید به طور عملی در سیاستهای بهداشتی انعکاس یابد. در بیانیه اتاوا نیز که در سال ۱۹۸۶ صادر شده است، علاوه بر اهمیت «عدالت » در سلامت و بهداشت، بر لزوم تقویت مهارتهای فردی و اجتماعی و توانمندسازی مردم برای كنتـرل و بهـبود سـلامت خود نيز تأكيد بسيار شده است. به طور خلاصه، برای آن که استراتژیهای اتخاذ شده برای ارتقای سلامت به موفقیت برسند، باید نگرشی جامعه محور داشته باشند و با تقویت عملکرد مردم، امکان جلب مشارکت آنها را در اتخاذ استراتژیهای ارتقای سلامت فراهم کنند. همزمان با طراحی و ارایه PHP در کانادا، رویکرد بـــرنامه ريـــزى شـــده بـــه ســـلامت جامعـــه (Planned Approach To Community Health -PATCH) نیـز در اوسـط دهه ۱۹۸۰در ایالات متحده طراحی و معرفی شـد[۸]. PATCH یک مـدل جامعـه محـور اسـت کـه توانمندسازی جامعه را برای تغییر رفتارهای بهداشتی در جوامع محروم از حقوق اجتماعی، مبدأ کار خود قرار داده است. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها (Center for Disease Control and Prevention -CDC) با همکاری دیارتمان بهداشت محلی و ایالتی و گروههای جامعه این مدل را ابداع و معرفی کرد که اساس آن بر

همکاری و مشارکت داوطلبانه مردم در فرآیند ارتقای سلامت استوار است. رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه، فرآیندی است در جهت توسعه همه جانبه، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری که با استفاده از آن می توان ظرفیت جوامع را برای جهت گیری و اجرای فعالیتها در این رابطه و ارزشیابی نتایج فعالیتها افزایش داد. از این مدل جهت مشارکت دادن افراد برای حل مشکلات یکی از مناطق تهران (مـنطقه ۱۷ تهـران) بهـره گرفته شد. این مدل از۵ اصل اساسی تـشكيل شـده اسـت: ۱- جلب مشاركت مردم، ۲- برنامهريزي بر مبنای اطلاعات جمع آوری شده، ۳- طراحی و اجرای یک استراتژی جامع برای ارتقای سلامت، ۴- ارزشیابی همراه با بازخورد و بهبود برنامه و در نهایت ۵- افزایش ظرفیت جامعه برای ارتقای سلامت. این اصول با اهداف کلی و جزئی پایگاههای تحقیقات جمعیت هماهنگی کامل دارند و در نتیجه، چهارچوبی ایده آل برای عملکرد پایگاه محسوب می شوند. اصول پنج گانه فوق الذكر بايد در تمامي مراحل اجرايي PATCH انعكاس يابند و به درستی رعایت شوند.

فرآیند PATCH در عمل از ۵ مرحله اجرایی تشکیل شده است: بسیج جامعه (Community Mobilization)، نیازسنجی (Needs Assessment)، تعیین اولویتهای بهداشتی (Priority Setting)، طراحی یک برنامه مداخله جامع (Evaluation) و ارزشیابی (Evaluation).

در پایگاه تحقیقات جمعیت در دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای پیشبرد هریک از مراحل PATCH طرحهای پژوهشی یا مداخلهای طراحی و اجرا شده است. طرح «ارزیابی مداخله آموزشی با مشارکت مردم در ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی در پایگاه تحقیقات جمعیت ـ منطقه ۱۳۸۷ در آذرماه سال ۱۳۸۱ به تصویب رسیده و از تاریخ ۸۱/۱۲/۲۰ آغاز شده است. مراحل اجرایی و متدولوژی این طرح (و سایر طرحهای به ثبت رسیده در پایگاه) نیز برمبنای «رویکرد برنامهریزی شده به سلامت جامعه » پایهریزی شده است.

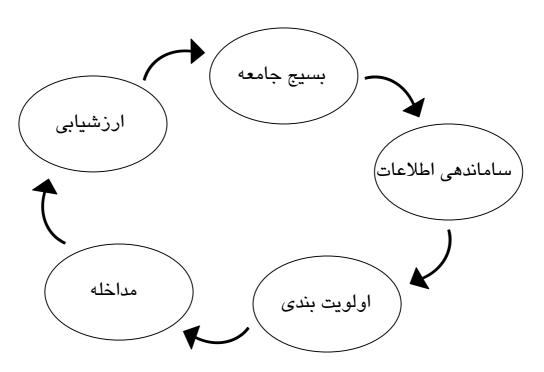
مرحله ۱- بسيج جامعه

در این مرحله جامعه تعریف می شود، مشارکت کنندگان از بطن جامعه انتخاب می شوند، همکاری ها شکل می گیرد و تحت عنوان « پایگاه تحقیقات جمعیت » در دانشگاه علوم پزشکی تهران به طور جدی مورد پی گیری قرار گرفت. در خردادماه سال ۱۳۸۱ پس از مقدمات لازم و طبی یک همایش یک روزه اهداف پایگاه تبیین شد. در این همایش کلیه سازمانهای دولتی، نمایندگان مردم منطقه ۱۷ شهرداری تهران، اعضای هیأت علمی دانشگاه و مسئولین بهداشت و درمان منطقه شرکت داشتند. به این ترتیب گروههای کاری در چهار زمینه تغذیه، استرس، ورزش و دخانیات تشکیل شد. این گروهها از سازمانهای علاقمند و مردم منطقه و اعضای دانشگاه عضوگیری کردند و در خصوص اهداف، مشکلات و راهکارهای اجرایی به بحث و تبادل نظر پرداختند و پس از تبیین اهداف، فعالیت خود را

با جمع آوری و ساماندهی اطلاعات و نیاز سنجی ادامه دادند.

نمودار دموگرافیک جامعه تکمیل می شود. به این ترتیب، شرکت کنندگان از ساختار جامعهای که مداخلات برای آن برنامه ریزی خواهد شد مطلع می شوند. بسیج جامعه، تشکیل زیرساختها و اخذ حمایتها و تعهدهای لازم از طریق برگزاری همایشها و نشستها با مردم، نمایندگان سازمانهای دولتی و غیر دولتی صورت می گیرد و پروفایل جامعه تکمیل، و گروههای کاری (Working Group) تشکیل می شوند. در صورتی که هریک از موضوعات بهداشتی در اولویت قرار داشته باشند، گروههای کاری می توانند با صرف نظر کردن از مرحله اولویت بندی از ابتدا بر روی همان موضوع تمرکز کرده، فعالیت را در آن زمینه آغاز کنند. از ابتدای سال ۱۳۸۱ عملیات راهاندازی و ایجاد یک شبکه تحقیقات مناسب و منطبق با نیازهای جامعه

عوامل اجرايي فرايند PATCH



ياث

سیدرضا مجدزاده و همکاران

چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت ...

نکته قابل توجه این که، هر چند مجریان اعتقاد داشته و دارند که مناسبترین شیوه، انجام نیازسنجی اولیه در جامعه و شکل گیری اولویتها بر اساس آن بوده است ولی با این وجود برای آغاز کار و رسیدن به محورهای فعالیت، ناگزیر بر اساس ملاکهای زیر، چهار محور مورد اشاره (تغذیه، استرس، ورزش و دخانیات) را انتخاب کردند:

الف) اهمیتی که همکاری بین بخشی و مشارکت مردمی در تصحیح رفتارهای تغذیهای، عوامل استرسزا، افزایش فعالیت فیزیکی و کاهش استعمال دخانیات دارند. به عبارت دیگر فصل مشترک همکاری، وجود این عوامل خطر برای بسیاری از سازمانها و نهادها همچون آموزش و پرورش، تربیت بدنی و شهرداری است. ب) بار قابل توجه بیماری هایی که به واسطه عوامل خطر مرتبط با این محورها در جامعه ایجاد می شود که اهمیت کشوری و بين المللي دارند. پ) سابقه انجام برنامههای ارتقای سلامت موفق در سایر کشورها بر روی این محورها. ت) دانش فنی و امکانات گروه مجری برای پرداختن به این موضوعات. آنچه که به عنوان مصداق هر یک از مراحل چهارچوب نظری از این پس ارایه خواهد شد، نمونهای از فعالیتهای اجرایی است که در ارتباط با تغذیه صورت گرفته است. بدیهی است هر یک از محورهای کاری دیگر نیز برنامه مشابهی را در دست داشته و کم و زیاد آن را پی گرفتهاند. در عین حال چون هدف مقاله معرفی چارچوب نظری است و برای اجتناب از زیاده نویسی به عنوان مثال به محور تغذیه پرداخته شده است.

مرحله ۲- جمع آوری و سازمان دهی اطلاعات و نیازسنجی مرحله ۲ زمانی آغاز می شود که دادههای مربوط به مرگ و میر و ابتلا و نیز دادههای مربوط به نظرات و رفتارهای افراد جامعه جمع آوری و تجزیه و تحلیل می شود. این اطلاعات از منابع مختلفی به دست می آید و ممکن است به صورت دادههای کمی (آمارهای حیاتی و ۰۰۰) و یا دادههای کیفیی (نظرات رهبران جامعه و ۰۰۰) باشد. دادههای کیفی با استفاده از روشهای مختلف نظیر بحثهای گروهی متمرکز، مرور گزارشات اجرایی و تکمیل پرسشنامه های خودایفایی به دست می آیند. اعضای جامعه

نیز منابع مهم از نظر خود را مشخص کرده، دادهها را تعین و تحلیل نموده و مشکلات بهداشتی را در جامعه تعیین و تعیین میکنند. به مجموعه فعالیتهایی که برای تعیین و دستهبندی مشکلات سلامت انجام می گیرد «نیازسنجی » گفته می شود.

در این میان، گروه کاری تغذیه برای دستیابی به معضلات منطقه در زمینه تغذیه، اقدام به برگزاری جلسات گروهی نمود و فعالیتهای زیر به منظور نیازسنجی در این زمینه صورت گرفت:

۱- بحثهای گروهی متمرکز با: پزشکان بخش خصوصی، کارکنان بیمارستان ضیائیان، کارکنان مرکز بهداشتی درمانی ابوذر و پایگاههای منطقه، مراجعین به مراکز ارایه خدمات و رابطین بهداشتی

۲- مرور گزارشها شامل: ارزیابی جامعه توسط دانشجویان MPH سال ۱۳۸۱ و نیز مدیران بخش بهداشت و درمان ۳- تکمیل پرسشنامههای خودایفایی توسط: داروخانههای بخش خصوصی، شهرداری، آموزش و پرورش، کمیته امداد امام خمینی (ره)، بهزیستی، نیروی انتظامی، بسیج و روحانیت منطقه

۴- نمونه گیری از مواد غذایی شامل: شیرینیهای تر و خشک، زولبیا و بامیه، نان، نمک، بستنی و آبمیوه، کباب کوبیده و جگر، فلافل و همبرگر دستی و سوسیس بندری. به این ترتیب فهرستی از مشکلات بهداشتی در زمینه تغذیه به دست آمد.

مرحله ۳- اولویت بندی

در این مرحله، گروههای کاری به تمامی دادهها و فهرست و جزئیات مشکلات سلامت دست می یابند. این گروهها عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مؤثر بر رفتارها را که خطر بیماری، ناتوانی، آسیب و مرگ را افزایش می دهند مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و اولویتهای بهداشتی را مشخص می کنند. به این ترتیب اهداف جامعه با در نظر گرفتن اولویتها پایه گذاری می شود.

در این مرحله گروه کار در خصوص شیوه اولویت بندی مشکلات به بحث و تبادل نظر پرداخت و با توجه به زمانبندی اعلام شده از سوی معاونت تحقیقات و فناوری، موارد زیر به

عنوان ملاک (با وزن واحد) برای اولویت بندی مشکلات انتخاب شدند:

تنوع، شدت، وسعت، مقبولیت سیاسی و فرهنگی حل مشکل، مرتبط بودن با رسالت دانشگاه، احتمال حل مشکل و مدت ارزیابی، هزینه و سهولت مداخله.

بر این اساس، ۶۱ مشکل شناسایی شده در منطقه اولویتبندی شدند که موارد زیر با توجه به ملاکهای ذکر شده، ۱۰ اولویت نخست میباشند:

۱- عرضه غیربهداشتی مواد غذایی شامل: نانهای پخته شده در نانواییها، آلودگی میکروبی شیرینیهای تر و تقلب در تولید ماست و سایر فرآوردههای لبنی

۲- بهداشت محیط مدارس

۳- عدم رضایت مراجعه کننده از برخورد پرسنل

۴- عدم حضور ناظرین فنی در داروخانهها و یا عدم رعایت نظارت توسط آنها

۵- بهداشت استخرها

۶- بهداشت محیط منطقه

٧- سوء تغذیه

۸- عدم یی گیری مشکلات یزشکی دانش آموزان

و اعتباد

۱۰ - توزیع نامناسب دارو

در نهایت، پس از بررسی موارد مهم گروه به نتایج زیر دست مافت:

۱- لازم است یک گروه کاری تحت عنوان بهداشت مواد غذایی به چهار گروه قبلی اضافه شده و با عضو گیری فعال شروع به فعالیت نماید.

۲- با توجه به اهمیت موضوع در زمینه ارزیابی وضعیت موجود
 در زمینه بهداشت مواد غذایی، مداخلههای لازم در قالب یک پروژه تحقیقاتی تدوین و به اجرا درآید.

مرحله ۴- طراحی یک برنامه مداخله جامع

با استفاده از اطلاعات جمعآوری شده طی مراحل ۲ و ۳، گروههای جامعه تشکیل می شوند تا مداخلات را طراحی و اجرا کنند. در این مرحله برای اجتناب از دوباره کاری و استفاده کامل از خدمات موجود، گروه جامعه منابع را تعیین و آنها را بررسی می کنند. این گروهها یک راهکار

برای ارتقای سلامت جامعه در نظر گرفته، اهداف مداخله را بنیان نهاده و برنامه مداخله را طراحی می کنند. این برنامه شامل راهکارها، جدول زمانی، برنامه کاری برای تکمیل وظایفی نظیر به کارگیری و آموزش داوطلبان، عمومیت بخشیدن به فعالیتها، اجرا و ارزشیابی فعالیتها و آگاه ساختن جامعه در مورد نتایج است. در همه مراحل، اعضای گروههای هدف باید به منظور برنامهریزی و طراحی مداخلات در فرآیند، مشارکت داشته باشند.

در این مرحله برای دستیایی به یک برنامه مداخله جامع، گروه جامعه با شرکت افراد ذینفع به شرح زیر تشکیل شد:

رئيس اتحاديه اغذيه فروشان مواد غذايي، رئيس اتحاديه صنف بستنی و آبمیوه، کارشناس مسئول بهداشت محیط حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه، مسئول امور مشارکتهای مردمی فرهنگسرای اقوام، رئیس آزمایشگاههای حوزه معاونت درمان و داروی وزارت متبوع، رئیس محترم اتحادیه لبنیات تهران، مدیر دارو از حوزه معاونت درمان و داروی دانشگاه، معاون درمان از حوزه معاونت درمان و داروی دانشگاه، شهرداری منطقه ۴، رئیس اتحادیه صنف رستوران و سلف سرویس، نماینده مجمع امور صنفی توزیعی خدماتی تهران، معاون امور بهداشتی دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت جنوب تهران، معاون اتحادیه قنادان تهران، اداره کل آزمایشگاههای کنترل غذا و دارو، مديـر پـژوهش دانـشگاه، سرپرسـت بهداشـت محـيط و حرفهای مرکز بهداشت جنوب، کارشناس و دبیر اتحادیه قنادان و شیرینی فروشیهای تهران، رئیس بیمارستان ضیائیان، امام جماعت محترم مسجد جامع ابوذر و مدیر حوزه علمیه مروی، رئیس آزمایشگاه مواد غذایی و آزمایشگاههای كنتـرل غذا و دارو، رئيس اتحاديه صنف خواربار فروشان تهران و رئیس اتحادیه تالارهای پذیرایی و ظروف کرایه تهران بزرگ.

گروه جامعه با استفاده از یک بحث متمرکز به فهرستی از راهکارها برای دستیابی به یک برنامه مداخله جامع دست پیدا نمود. پیشنهادات ارایه شده برای حل مشکلات به شرح زیر بدست آمد:

اهدای لوح تقدیر به عرضه کنندگانی که اصول بهداشتی را در ارایه مواد غذایی رعایت می کنند/ تلاش در جهت دریافت مجوز بهسازی در شرایطی که شهرداری یا مالک موافق نیست/

ياش

____ سیدرضا مجدزاده و همکاران

چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت ...

آموزش اصناف/ آموزش عمومی از طریق صدا و سیما، دانش آموزان، مساجد و تشکلهای مردمی/ مشارکت مردم در شناسایی اصناف نمونه/ مکاتبه با اتحادیه و مجمع قبل از آن که با دادگاه مکاتبه شود/ در نظر گرفتن کد ویژه بهای برق برای اصنافی که با مواد غذایی مرتبط هستند و استانداردسازی شیوههای نمونه گیری.

در ادامه، گروه به ارزیابی نقاط ضعف و قوت در اجرای هریک از پیشنهادات اقدام نمود. ملاکهای در نظر گرفته شده برای برگزیدن پیسنهادات ارایه شده عبارت بودند از: تهیه برنامه آموزش عمومی و اختصاصی (صدا و سیما، دانش آموزان، مساجد، تشکلهای مردمی و اصناف)، تشویق اصناف (لوح تقدیر) و کوشش در راه کاهش هزینههای بهداشتی اصناف.

به این ترتیب طرحی به منظور اعمال مداخلات لازم با اهداف زیر به تصویب رسید:

عنوان: ارزیابی مداخله آموزشی با مشارکت مردم در ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی در پایگاه تحقیقات جمعیت ـ منطقه ۱۷، اهداف کلی: ارتقای سطح بهداشت مواد غذایی و نیز دست یافتن به راهکار مناسبی برای کاهش عرضه غیر بهداشتی مواد غذایی در سطح پایگاه تحقیقات جمعیتی، اهداف کاربردی: اصلاح و بهبود الگوهای رفتارها و باورهای بهداشتی مربوط به مواد غذایی در منطقه، کاهش نمونههای غیر قابل مصرف مواد غذایی در محدوده پایگاه جمعیتی، افزایش شاخص بهداشت فردی، ساختمانی، لوازم و تجهیزات مورد استفاده و انبار مواد غذایی در مراکز تهیه و توزیع تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی، روش مداخله: با توجه به دو طیف مشخص شده برای مخاطبان منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت، آموزش مخاطبان به بخشهای زیر تقسیم شد: ۱- اصناف و ارایه دهندگان خدمات به طور کلی که شامل کلیه اصناف مربوطه در منطقه می شود. ۲- مردم و گیرندگان خدمت در دو لایه سنی نوجوانان و بزرگسالان که متناسب بودن أموزشها و همچنین نحوه دسترسی و سطح اطلاعاتی كه به أنها ارايه ميشود از اهميت خاصي برخوردار است. همچنین تیشویق مناسب در شرایطی انجام شود که

استانداردهای مربوط به شاخص بهداشت فردی، ساختمانی، لوازم و تجهیزات مورد استفاده و انبار مواد غذایی رعایت گردد. روش انجام مداخله بر پایه مراحل زیر تدوین شد:

۱- ابتدا بهوسیله پیش آزمون (Pretest) و با استفاده از چکلیستهای موجود که اغلب استاندارد نیز میباشند، آگاهی و عملکرد اصناف مختلف در زمینه بهداشت مواد غذایی سنجیده شد. در این مرحله سعی شد نقاط ضعف چکلیستها رفع گردد. همچنین در مواردی که استاندارد لازم وجود نداشت، چکلیست مربوطه از ابتدا تدوین شد.

همزمان با این پیش آزمون بر روی ۱۰۰ واحد صنفی به صورت همزمان الگوی مصرف خانوارها در زمان مشخص با مشارکت مردمی سنجیده شد. در واقع در یک ساعت زمانی خاص (۱۹۱۳) تعداد مراجعه مردم به واحدهای مزبور تعیین و برحسب وضعیت بهداشتی واحدها تعیین شد.

۲- با استفاده از راهنمایی اصناف در قالب گروههای کاری و بحثهای متمرکز گروهی و همچنین اطلاعات بهدست آمده از پیش آزمون، موارد مبهم و محتوای آموزشی برای مخاطب مورد نظر مشخص شده و با استفاده از بستههای آموزشی موجود، با ترکیب و تدوین محتوای چند بسته آموزشی، برنامه مورد نظر برای مخاطب هدف تدوین و آماده شد. یادآوری می شود که آموزشهای در نظر گرفته شده عمدتاً بهوسیله خود مردم به آموزش گیرندگان ارایه شد و گروه تحقیق و دانـشگاهیان فقط برای آموزشدهندگان سطح اول، موارد لازم را ارایه دادند. یعنی محتوای آموزشی این بستهها به گونهای تدوین شد که در مرحله اول، گروههای کاری متشکل از مخاطبان مورد آموزش در سطح مناسب و مطلوب قرار گرفتند. محتوای این آموزش به گونهای بود که افراد این گروههای کاری، اطلاعات لازم و کافی را به دست آوردند و توانستند بهعنوان آموزشدهنده اقشار رده بعدی که در تماس مستقیم با سطوح اولیه قرار دارند عمل کنند.

۳- به عنوان فعالیت مداخلهای ابتدا آموزش به وسیله دانشگاهیان به گروههای کاری و داوطلب و اصناف و از طریق ایشان به مردم مخاطب ارایه شد.

يث

فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

خانوارها مورد ارزیابی قرار گرفت.

شاخصهای مورد استفاده برای پایش برنامه:

تسکیل مسنظم جلسات تسدوین محستوای آموزشی، پیشآزمون محستوای آموزشی روی گروهی از افراد مخاطب، تعداد افراد شرکت کنسنده در کالاسهای آموزشی، نمره یا درصد پاسخ صحیح برای چکالیستها و برگزاری کلاسهای آموزشی مطابق برنامه قبلی

شاخصهای مورد استفاده برای ارزشیابی برنامه:

درصد تغییر عملکرد اصناف نسبت به رعایت بهداشت مواد غذایی و عرضه صحیح آن، درصد تغییر بهره مندی مردم از خدمات اصناف مختلف و تعداد گواهیهای تشویقی که بر اساس توصیه مردم برای هر صنف صادر شده است.

با تکمیل برنامه مداخله و ارزیابی تأثیر عملی آن بر عملکرد اصناف و میزان بهرهمندی مردم از خدمات آنها، برنامه ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی تکمیل شد. سیکل PATCH با شناخت مشکلات جدید در ارزشیابی برنامه جامع مداخله و یا با سرفصل قرار دادن مشکلاتی که در اولویتهای بعدی قرار دارند، ادامه می یابد.

به این ترتیب، رویکرد برنامهریزی شده به سلامت جامعه چهارچوبی عملی برای جهت دادن به فعالیتهای ارتقای سلامت و جلب مشارکت مردم در مراحل مختلف نیازسنجی، اولویتبندی، طراحی و اجرای برنامه جامع مداخله و حتی ارزشیابی این برنامه فراهم میکند و باعث میشود که مردم خود را در سیاستگزاریهای ارتقای سلامت دخیل و سهیم بدانند. استراتژیهایی که بر این اساس اتخاذ میشود نیز بی شک منطبق با نیازها و اولویتهای جامعه هدف خواهند بود.

مرحله ۵- ارزشیابی

ارزشیابی، بخش اساسی PATCH و فرآیندی مداوم و هدفمند است. هدف از ارزشیابی، پایش و بررسی پیشرفت در هر یک از مراحل و بررسی و پایش فعالیتهای مربوط به مداخله است. جامعه معیارهایی را برای ارزیابی موفقیت تعیین و اطلاعاتی را که باید جمعآوری شود مشخص می کند. همچنین بازخورد باید هم به مردم و هم به برنامه ریزان منتقل شود تا مشارکت آینده مردم بیشتر گردد و برنامه ریزان نیز در بهبود برنامه سهیم باشند.

۱- پس از گذشت مدت زمان لازم و تکرار آموزشهای مورد نظر طی چند مرحله (حداقل ۲ مرحله در بین اصناف یا اقشار مختلف) به وسیله چکلیستهای قبلی، آگاهی و عملکرد گروههای کاری داوطلب (آموزشگیرندگان سطح اول) و مردم (آموزشگیرندگان سطح دوم) اندازه گیری و درصد پیشرفت آن سنجیده شد.

نکته مهم در این مرحله استفاده از ارزشیابی مردم برای انجام این مرحله است. در این گام، با استفاده از افراد داوطلب منطقه، ارزشیابی از اصناف به گونهای انجام شد که در نهایت با استفاده از آرای مردمی وسایل تشویق و گواهی تأیید بهداشتی به وسیله مسئولان منطقه برای مدت محدودی در اختیار برگزیدگان قرار گیرد تا جنبههای مشارکت مردمی در پایش و ارزشیابی حفظ شود.

۲- با توجه به درصد پیشرفت (یا پسرفت) سطح آگاهی و عملکرد مردم نسبت به محتوای آموزشی به کار رفته در دو سطح آموزشی و یا نسبت به گروههای کاری داوطلب، محتوای آموزشی مورد تجدید نظر و اصلاح قرار گرفت.

۳- در انــتها بـرای ارزشــیابی موفقیت کل برنامه، مجدداً
 واحد صنفی از نظر شاخصهای بهداشتی و الگوی مصرف



سیدرضا مجدزاده و همکاران

چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت ...

منابع

- 1- Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research and Policy System 2003; 1: 2
- **2-** Leung MW, Yen IH, Minkler M. Community-based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in 21st century. Internal Journal of Epidemiology 2004; 33: 499-506
- 3- Calna M. Commentary: the people know best. Internal Journal of Epidemiology 2004; 33: 506-7 مجدزاده رضا، لاریجانی باقر، دیابت و لیپید ایران، ۱۳۸۲ ویژه نامه ۱، ۱-۴،
- 5- Israel B, Schultz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annual of Review Pubic Health 1998; 19: 173-202 6- O'Donnell, Michael. Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Definition. American Journal of Health Promotion 1989; 3: 5
 7- Health Promotion Development Division. Population health promotion: an integrated model of population health and health promotion, 2002 http://www.he-sc.gc.ca/hppb/phdd/php/php.htm
 8- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Planned Approach To Community Health: Guide for the Local Coordinator, 2002 http://www.cdc.gov/nccdphp/PATCH